

# HO AVUTO UN INFARTO. PERCHÉ È IMPORTANTE CHE CONTINUI A PRENDERE I FARMACI

Le abitudini di un paziente colto per la prima volta da infarto cambiano sensibilmente, una volta rientrati dentro le mura domestiche. Per alcuni pazienti, in particolare, il cambiamento più importante riguarda la necessità di assumere un certo numero di farmaci per un periodo di tempo determinato o indefinito. Non è infrequente il caso del soggetto infartuato che non assumeva alcuna terapia prima dell'evento acuto e che si ritrova a dover gestire autonomamente e all'improvviso gli orari di assunzione di 5 o 6 medicinali di cui, fino a qualche giorno prima, non sospettava nemmeno l'esistenza. Di fronte a questa evenienza, le reazioni più stereotipate vanno dal senso di spaesamento e confusione (*"Dottore, è vero che ne abbiamo appena parlato, ma potrebbe rispiegare tutto a mia moglie?"*) a quello di demoralizzazione e perdita dell'immagine di sé come persona integra (*"Mi son sempre sentito bene, ma adesso per la prima volta capisco di essere davvero malato"*).

In realtà le cose sono più semplici e non dovrebbero generare alcun senso di pessimismo o di frustrazione, ma anzi rappresentare uno stimolo a diventare parte attiva del processo di cura e guarigione. Nel corso degli ultimi anni, come è noto, la terapia meccanica dell'infarto miocardico acuto (angioplastica primaria) ha subito notevoli progressi tecnici, così come è certamente migliorato il sistema di gestione territoriale delle emergenze che, al giorno d'oggi, consente alla maggior parte dei pazienti di ottenere la riapertura della coronaria malata nel più breve tempo possibile. Il progresso scientifico non ha consentito però solo un'evoluzione dei materiali destina-

ti all'angioplastica (p.es. stent coronarici a rilascio di farmaco, sistemi di trombo-aspirazione ecc.), ma ha investito con un notevole dinamismo il campo della farmacologia clinica applicata alla cardiologia. Ciò significa che sono ormai disponibili diversi farmaci, opportunamente testati in studi clinici su larga scala, che attraverso molteplici effetti riducono il rischio complessivo di andare incontro a nuovi eventi coronarici.

La corretta gestione della terapia domiciliare rappresenta una parte cruciale del trattamento dell'infarto miocardico, che non si esaurisce con l'applicazione di uno stent o con la consegna di una relazione di dimissione. Al contrario, il paziente inizia la cosiddetta fase di *prevenzione secondaria* della malattia coronarica, in cui la gestione dei fattori di rischio cardiovascolare e l'assunzione di farmaci di provata efficacia costituiscono l'approccio più razionale ed efficace contro l'insorgere di un nuovo infarto potenzialmente fatale.

È stato ormai dimostrato in maniera incontrovertibile che i pazienti più costanti e precisi nell'assunzione della terapia prescritta alla dimissione sono anche quelli con più basse percentuali di ricorrenza dell'angina e riospedalizzazione per infarto<sup>(1)</sup>. Ciò da solo basterebbe a giustificare la corretta aderenza alle prescrizioni terapeutiche. *"Ho avuto un infarto, perché è importante che continui a prendere i farmaci?"*. Semplice, per evitare di ripetere l'esperienza. Tuttavia è anche risaputo che una costante e attenta assunzione dei farmaci cardiologici passa necessariamente attraverso una buona comprensione dei benefici legati alla loro somministrazione e dei

rischi legati ad una loro arbitraria sospensione. Per questo, all'atto della dimissione, il cardiologo deve spendere tutto il tempo necessario a presentare al paziente la sua nuova terapia. Il paziente, dal canto suo, non deve esimersi dal porre al cardiologo le domande necessarie a chiarire qualsiasi dubbio residuo legato ai rischi e ai benefici dell'approccio farmacologico consigliato.

La *Tabella I* elenca i farmaci più frequentemente prescritti alla dimissione dopo un infarto miocardico acuto. Un primo gruppo riguarda i cosiddetti *farmaci antiplastrinici*. Le Linee Guida internazionali<sup>(2)</sup> prevedono che, indipendentemente dal fatto che sia stato impiantato uno stent o meno, i pazienti con infarto devono assumere per tutta la vita un basso dosaggio di aspirina e per almeno 12 mesi un secondo farmaco antiplastrinico (p.es. ticlopidina, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor). Il compito di questi farmaci è quello di ridurre la tendenza delle piastrine ad aggregarsi e a formare coaguli nelle arterie simili a quelli che hanno determinato l'episodio acuto. Nei pazienti che sono stati sottoposti ad impianto di stent, l'assunzione di questa terapia combinata, detta *doppia antiaggregazione piastrinica*, consente anche di ridurre il rischio pur remoto, ma potenzialmente catastrofico, di una chiusura acuta dello stent, o *trombosi intrastent*. L'attività antiaggregante piastrinica svolta da questi farmaci giustifica anche i loro potenziali effetti collaterali (sanguinamenti, per lo più minori e non tali da giustificare una sospensione del farmaco senza prima aver ascoltato il parere del medico curante). È importante riflettere sul fatto che, in condizioni normali, l'azione benefica svolta dalla doppia antiaggregazione piastrinica

supera complessivamente e di gran lunga i potenziali svantaggi. Per questo, la corretta assunzione dei farmaci antiaggreganti per tutto il tempo prescritto è di straordinaria importanza. Speciali considerazioni, che vanno discusse di volta in volta con il cardiologo curante, si applicano ai pazienti ad elevato rischio di sanguinamento (p.es. anziani, o pazienti che assumono farmaci ad azione anticoagulante).

La riduzione dell'incidenza di nuovi eventi coronarici passa anche da un'aggressiva e tenace correzione dei fattori di rischio (p.es. ipertensione arteriosa e diabete). Tutti i pazienti, a prescindere dai livelli di colesterolo, dovrebbero assumere una statina, possibilmente ad elevato dosaggio, a meno che non esista una controindicazione specifica<sup>(2)</sup>. Le statine riducono il contenuto in colesterolo delle placche coronariche e sembrano svolgere anche un'azione stabilizzatrice in grado di prevenirne la rottura. Le Linee Guida raccomandano inoltre l'assunzione di acidi grassi omega-3 in associazione alle statine.

Tutti i pazienti dovrebbero inoltre assumere un farmaco beta-bloccante (p.es. atenololo, metoprololo, bisoprololo), specialmente in caso di segni di disfunzione del ventricolo sinistro conseguente all'infarto, e un ACE-inibitore (specialmente i diabetici, gli ipertesi, i pazienti con insufficienza renale o scadente funzione contrattile). I beta-bloccanti agiscono riducendo la frequenza cardiaca e il fabbisogno energetico del cuore. Gli ACE-inibitori riducono gli effetti sfavorevoli di alcuni meccanismi di compenso che intervengono nel paziente con malattia cardiaca e che, alla lunga, possono apportare più danni che benefici. Entrambe le classi di farmaci facilitano un rimodellamento favorevole del cuore in caso di disfunzione contrattile. L'introduzione di tutte queste molecole in terapia va effettuata gradualmente dopo aver verificato l'assenza di eventuali controindicazioni, ma se il trattamento è ben tollerato (come avviene nella maggior parte dei casi) perseverare nella loro assunzione e mirare ai dosaggi ottimali è fondamentale ai fini di un buon esito della terapia. I beta-bloccanti, gli ACE-inibitori (o i sartanici in caso di intolleranza agli ACE-inibitori) rappresentano inoltre classi di farmaco dotati di una comprovata efficacia antiipertensiva.

Alcuni pazienti possono presentare segmenti coronarici non trattati o non trattabili con le attuali tecniche di

## TABELLA I

### Farmaci più comunemente prescritti alla dimissione del paziente con infarto acuto del miocardio

- 
- Aspirina
  - Clopidogrel
  - Statine
  - Acidi grassi omega-3
  - ACE-inibitori
  - Beta-bloccanti
-

rivascolarizzazione, per i quali il trattamento farmacologico può ritenersi adeguato al fine di evitare ulteriori episodi di angina. A questi pazienti verrà spesso chiesto di assumere farmaci ad attività antiischemica quali i sopracitati beta-bloccanti (che dunque svolgono più azioni rivelandosi particolarmente utili nel paziente infartuato) o i nitrati, spesso somministrati sotto forma di cerotto. Il trattamento non-farmacologico è parte integrante di quello farmacologico nel paziente colpito da infarto e va perseguito con altrettanto impegno. Ciò significa perdere peso, se necessario, evitare l'eccessiva sedentarietà e smettere di fumare.

In conclusione, il paziente colpito da infarto inizia una nuova vita in cui eventuali atteggiamenti sbagliati del passato (p.es. tabagismo, scarso controllo dei valori pres-

sori) vanno individuati e corretti con la massima determinazione. Al giorno d'oggi l'infarto dà una seconda *chance* nella maggior parte dei casi, ma è quello il momento in cui al paziente si chiederanno responsabilità e piena aderenza al piano terapeutico suggerito. L'introduzione di ogni farmaco nasce dall'esigenza di curare un singolo o multipli aspetti del complesso mosaico che caratterizza l'insorgenza e la ricorrenza delle sindromi coronariche acute. Gestire con superficialità la fase postinfartuale espone al rischio di nuovi eventi e inficia inevitabilmente la prognosi finale. Il dialogo e la piena disponibilità a prendersi cura di sé sono strumenti indispensabili nel comune processo che porta medico e paziente, l'uno al fianco dell'altro, a lottare contro la malattia.

**Davide Capodanno\*, Osvaldo Brignoli**

*\*Ospedale Ferrarotto, Università di Catania, Catania, Italia*

## **Bibliografia**

1. Decker C, Ahmad H, Moreng KL, Maddox TM, Reid KJ, Jones PG, Spertus JA. Risk factor management after myocardial infarction: reported adherence and outcomes. *Am Heart J* 2009;157:556-62.

2. European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions, Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirlet C, Pomar JL, Reifart N, Ribichini FL, Schalij MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M, Taggart D; ESC Committee for Practice Guidelines, Vahanian A, Auricchio A, Bax J, Ceconi C, Dean V, Filippatos G, Funck-Brentano C, Hobbs R, Kearney P, McDonagh T, Popescu BA, Reiner Z, Sechtem U, Sirnes PA, Tendera M, Vardas PE, Widimsky P;

EACTS Clinical Guidelines Committee, Kolh P, Alfieri O, Dunning J, Elia S, Kappetein P, Lockowandt U, Sarris G, Vouhe P, Kearney P, von Segesser L, Agewall S, Aladashvili A, Alexopoulos D, Antunes MJ, Atalar E, Brutel de la Riviere A, Doganov A, Eha J, Fajadet J, Ferreira R, Garot J, Halcox J, Hasin Y, Janssens S, Kervinen K, Laufer G, Legrand V, Nashef SA, Neumann FJ, Niemela K, Nihoyannopoulos P, Noc M, Piek JJ, Pirk J, Rozenman Y, Sabate M, Starc R, Thielmann M, Wheatley DJ, Windecker S, Zembala M. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2010;31:2501-55.